

## TRATAMIENTO DE LA NEUROPATIA DIABETICA VESICAL

En cuanto a las medidas terapéuticas que podemos usar son de dos tipos:

1) En primer lugar un correcto tratamiento de su diabetes, esto dependerá del criterio del clínico, de su experiencia personal y de las posibilidades del paciente, de cumplir las indicaciones médicas. A pesar de lo expresado acerca del concepto de buen control es lo único que podemos ofrecer en estos momentos.

2) El otro enfoque es del resorte del urólogo. Intentamos en los casos de vejiga neurogénica una reeducación de la micción, tratando que el paciente evacúe la vejiga cada 3 ó 4 horas, con deseo o sin él, para evitar la permanencia de la orina durante períodos prolongados de tiempo. Pude usar la prensa abdominal o maniobras de otro tipo en caso de necesidad.

Los obstáculos como son los adenomas prostáticos o las esclerosis del cuello, deben ser tratados individualmente según el caso.

En cuanto a las infecciones urinarias, una vez comprobadas fehacientemente deben ser medicadas con los antibióticos selectivos.

Las maniobras instrumentales deben ser evitadas dentro de lo posible para no provocar sobreinfecciones agregadas.

Las vitaminas del grupo B no nos han sido de utilidad.

# vejiga neurogénica en diabéticos

## CAPACIDAD DE LA VEJIGA

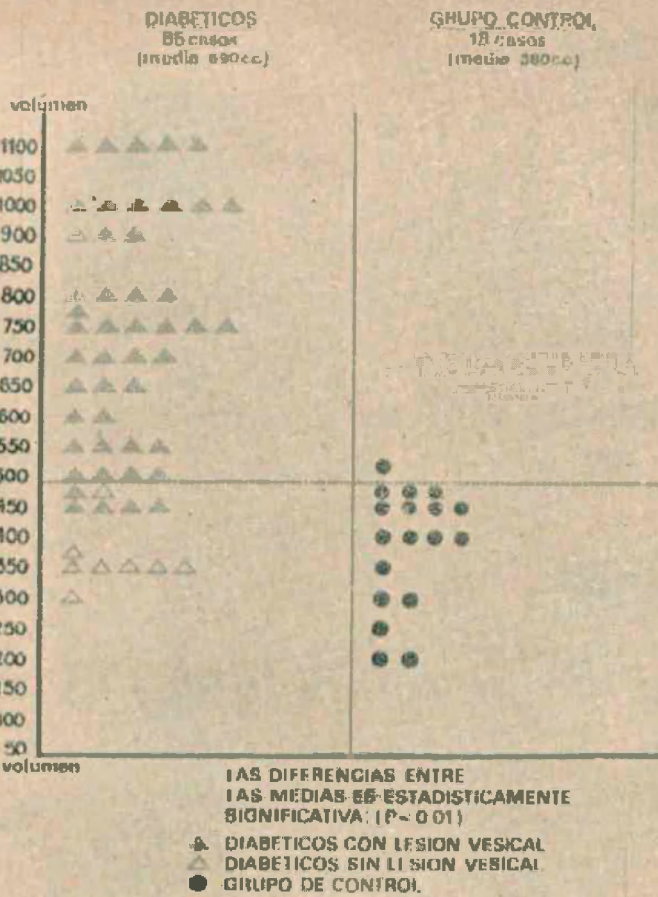


Figura 1

Gráfico que muestra los volúmenes de las vejigas estudiadas

# vejiga neurogénica en diabéticos

## Cistotonometría

(CISTOTONOMETRO DE AGUA)

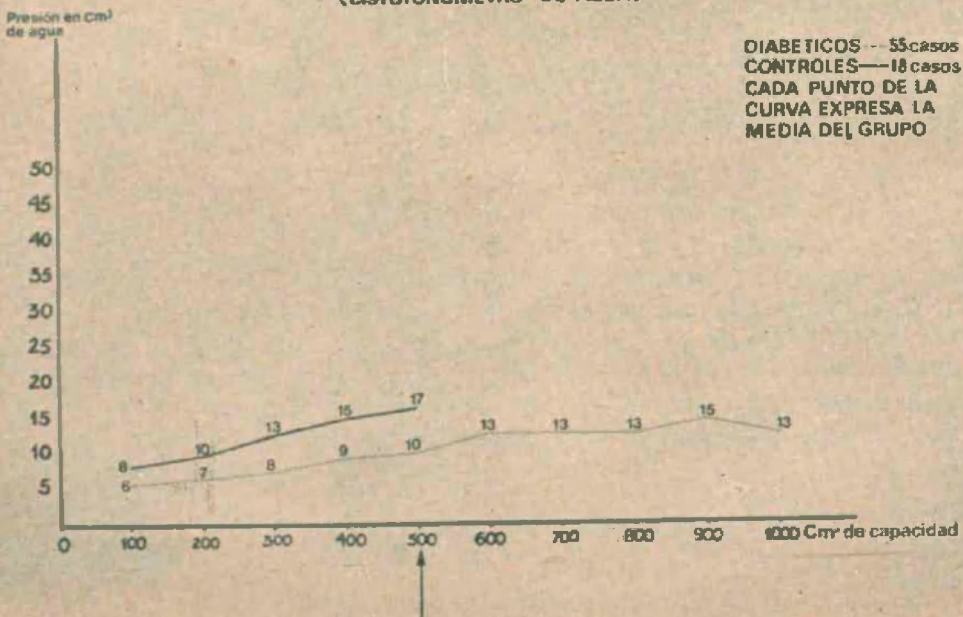
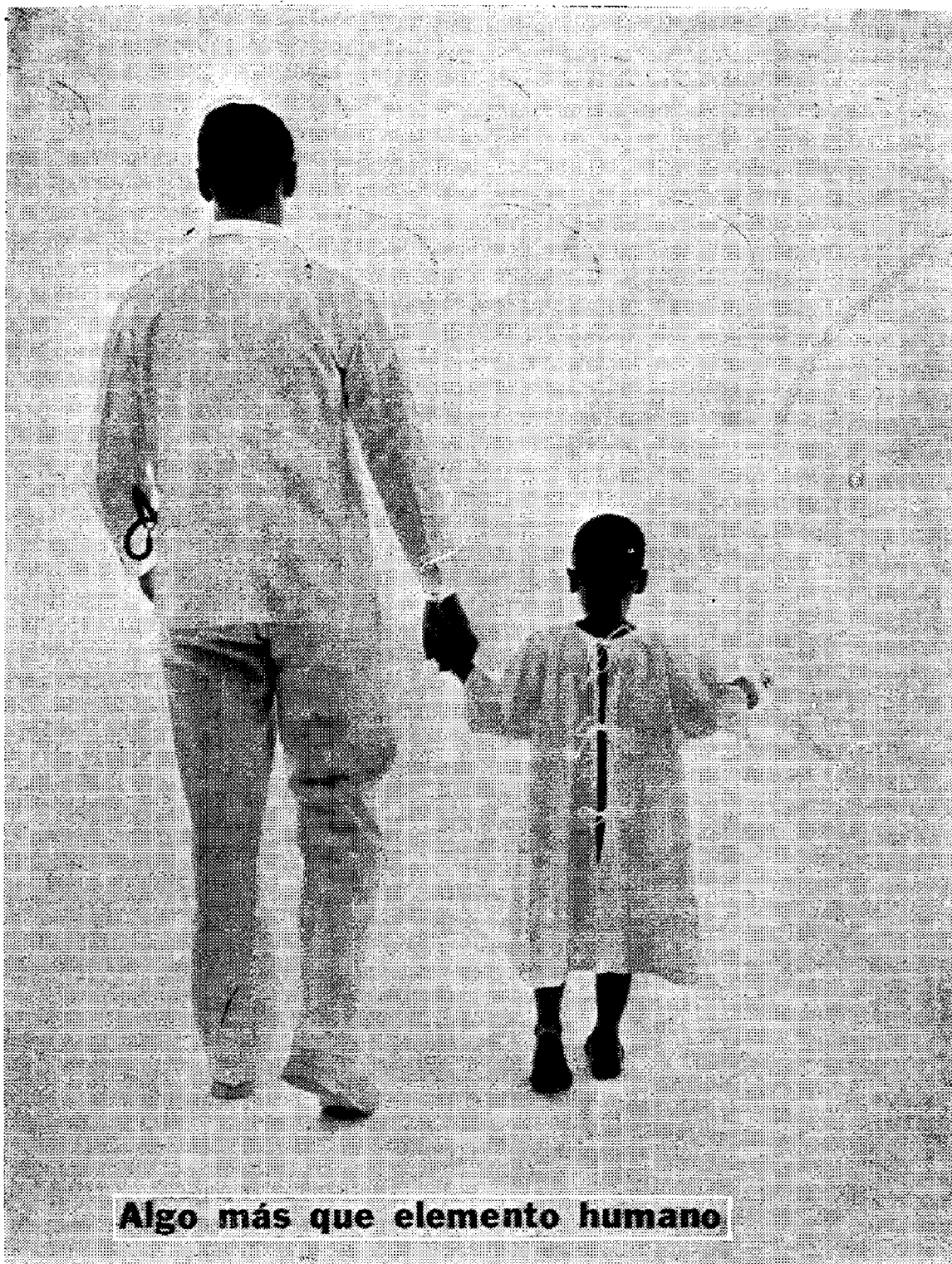


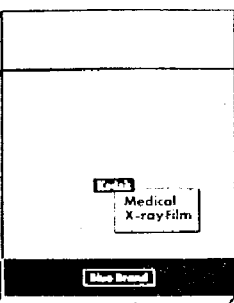
Figura 2

Curvas de tonometría de los casos estudiados



## Algo más que elemento humano

La confianza del paciente y el talento del médico son parte muy importante para lograr un resultado exitoso. En diagnósticos, sin embargo, entra en juego algo más: los materiales con los cuales trabaja el profesional, deben ser dignos de toda confianza. Por esa razón, los radiólogos usan el sistema Kodak X-Omat de Procesado Automático. Basado en la relación recíproca de película, químicos y mecánica, este sistema, en combinación con la película radiográfica Kodak produce resultados muy superiores. El bienestar del paciente y la habilidad del radiólogo no podrían estar en mejores manos.



Para mayor información dirijase a Kodak Argentina S.A.I.C.  
Viamonte 1123 - Buenos Aires



## ANESTESIA PERINEAL DEL ESFINTER DE LA URETRA

Dres. JUAN MANUEL GUZMAN \*, ROQUE A. RUIZ y MIGUEL A. MIGUEL

Durante la micción normal, el esfínter de la uretra se relaja. El electromiograma respectivo es silente (fig. 1). La actividad muscular aparece al interrumpir la micción en curso (actividad voluntaria) o al ocurrir un aumento de presión endovesical o intrabdominal (actividad involuntaria). Durante la maniobra de Credé, tos, estornudo o el simple esfuerzo, el electromiograma del esfínter muestra una evidente suma- ción de actividad de unidades motoras <sup>1</sup>.

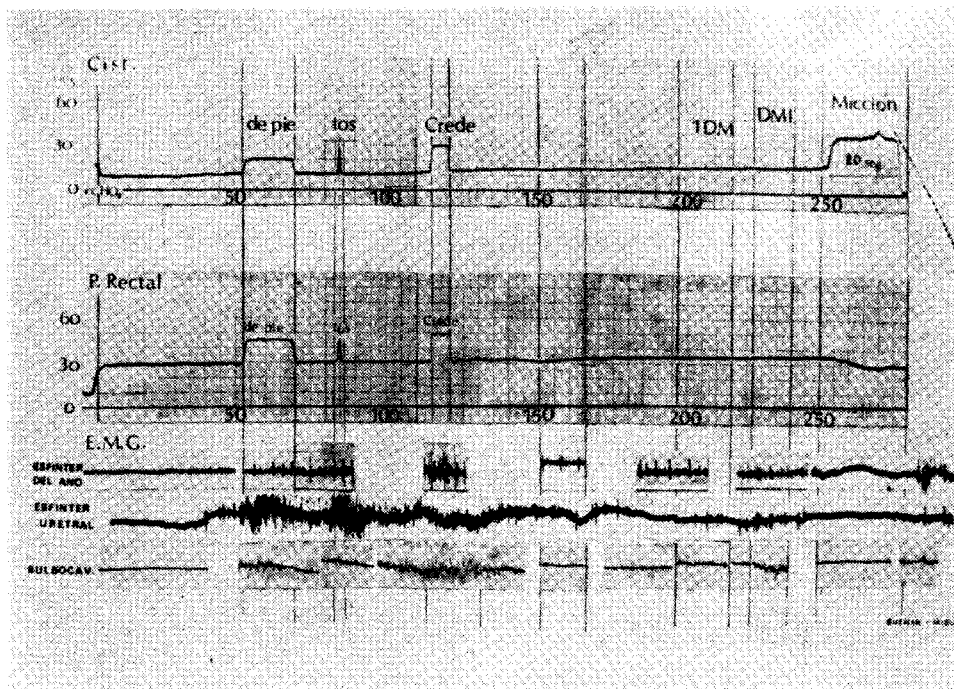


Fig. 1. — El registro superior corresponde a la cistomanometría y el medio a la presión intrarrectal. Se observa las modificaciones de presión en la posición de pie - tos - credé y micción. En los registros inferiores se muestra las variaciones electromiográficas correspondientes al esfínter del ano, esfínter de la uretra y bulbo cavernoso.

Esto es posible siempre que el centro medular sacro (S2-S4) se encuentre conectado por las respectivas aferencias y eferencias al músculo uretral sano.

La anestesia de ambos nervios pudendos corta el arco reflejo y esta actividad no ocurre.

La anestesia efectuada en el canal de Alcock es la técnica habitualmente utilizada. El éxito de la misma requiere un entrenamiento previo por parte del operador ya que son frecuentes los "fracasos de la anestesia"

Los inconvenientes de esta vía se acentúan, pues requiere la punción bilateral si se desea una relajación esfinteriana completa.

Otra vía posible es la anestesia de las raíces en plena cola de caballo, como puede hacerse con la peridural o caudal.

\* Cuba 2220, Cap. Fed.

Estos puntos los hemos discutido con el Dr. Ponce de León, del Instituto de Urología de Barcelona (España), quien nos refirió sus experiencias con la anestesia directa del esfínter de la uretra por vía perineal.

Habíamos ya utilizado las anestésias infiltrativas en el canal de Alcock, peridural y caudal, pero buscábamos algo más selectivo y sencillo.

La triple anestesia de Bors (vesical-uretral y rectal)<sup>2</sup> también la hemos practicado con buenos y óptimos resultados aunque debe ser repetida a diario y la relajación obtenida no siempre es completa.

Pensamos que si la anestesia perineal del esfínter, logra relajar a ese nivel la uretra y mejorar la urodinamia vesicouretral, sin fenómenos negativos, se presenta como una terapéutica de valor cuando la espasticidad a ese nivel sea el único factor obstructivo.

### Metodología

El objeto de nuestro trabajo es:

1. Comprobar el efecto de la anestesia perineal del esfínter estriado de la uretra.
2. Registrar la respuesta electromiográfica posterior a la anestesia.
3. Registrar los cambios que puedan ocurrir en el residuo vesical.
4. Registrar las modificaciones que puedan ocurrir en la capacidad vesical.
5. Establecer si se establecen alteraciones en la esfera genital (eyacuación y erección).

Hemos dividido nuestro plan de trabajo en dos partes:

La primera establecer una técnica standard de procedimiento.

La segunda selección de pacientes y metodología de estudio.

### Técnica operatoria (fig. 2)

*Material:* solución antiséptica.

Un dedil de goma.

Jeringa de 20 cc. de capacidad.

Dos agujas hipodérmicas (25/8 y 50/8).

Solución anestésica al 0,5 % *sin epinefrina (Xilocaina)* dietilamino - 2,6 - acetato - xilidida, de efecto rápido y completo desprovista de acción irritante de los tejidos; período de latencia muy breve. Su buena profundidad y gran poder de difusión no provoca reacciones alérgicas y carece de acción simpatomimética y anticolinesterásica. Se observó perfecta tolerancia. Absolutamente ningún efecto secundario. Sólo se tomaron las precauciones que indica el producto (dosis e intolerancia).

Cantidad de anestesia a emplear: de 10 a 15 cc.

*Posición del paciente:* De talla. Borde del ano en borde de la cama o en mesa cistoscópica.

*Desarrollo:* Mediante tacto rectal se individualiza el pico prostático. El dedo intrarrectal se deja en posición durante todo el transcurso de la anestesia.

Antisepsia de la piel perineal en las vecindades del nudo perineal.

Microhabón dérmico en el rafe anobulbar.

Introducción de la aguja larga, en la línea media, lateralizándola en

profundidad a cada lado del rafe. Primero de un lado, luego del otro.

Injectando a medida que se progresa, el dedo endoanal sigue la progresión del líquido anestésico. El pulpejo del dedo indica cuando la aguja ha llegado a las proximidades del esfínter. Se inyectan allí 5 cc. de solución anestésica (en cada lado) (fig. 2).

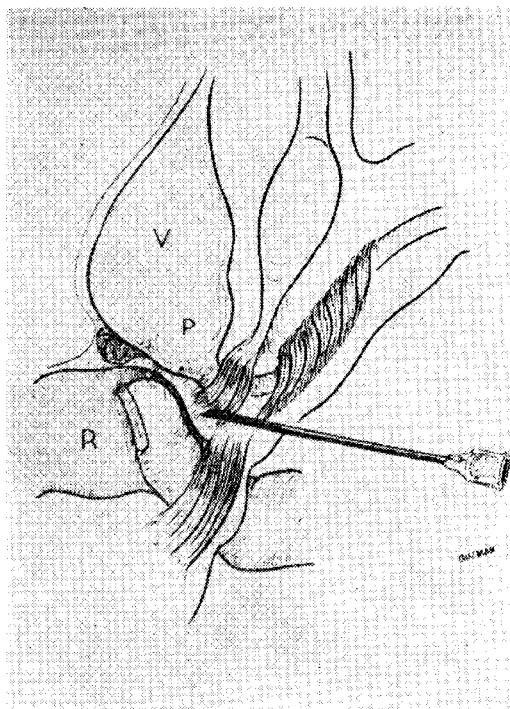


Fig. 2. — Corte esquemático de la técnica anestésica del esfínter estriado de la uretra.

### *Selección de los pacientes*

A fin de determinar el efecto exclusivo del método, se seleccionaron pacientes que llenaban los siguientes requisitos:

1. Sexo masculino, a fin de purificar la técnica y tener información objetiva sobre la esfera sexual.
2. No haber infección urinaria en actividad.
3. No tener escaras en actividad.
4. No tener vicio obstructivo vesicocervical.
5. No tener estrechez uretral.

### *Planificación de estudios*

Los parámetros que hemos tenido en cuenta son:

1. *Reflectividad vesical*, explorada mediante cistomanometría. Se registró la presencia de contracciones de tipo reflejo o no inhibido (contracción vesical precoz) o contracción correspondiente a la aparición del primer deseo miccional correspondiente a volúmenes normales (250 a 300 cc.), (contractibilidad vesical normal) y que corresponda además a una micción espontánea.

La presión intraabdominal fue registrada mediante un balón intrarrectal conectado a un manómetro de agua.

La interrelación de ambas (intravesical e intrarrectal) nos permite separar las presiones intrínsecas, propias del detrusor, de aquellas debidas a la contracción de la prensa abdominal (presión extrínseca).

2. *Deseo miccional*: La aparición del deseo miccional se relacionó con la curva cistomanométrica (deseo miccional precoz, normal o tardío). Cuando estaba ausente se determinó el tipo de sensación que lo suplantaba: lleno hipogástrico, lleno abdominal, etc., o fenómenos de orden general: taquicardia, hipertensión arterial, sudoración, clonus de piernas, etc.

3. *La capacidad vesical* se midió teniendo en cuenta el volumen vesical que corresponde a la aparición del primer deseo miccional. En su ausencia, se tuvo en cuenta las sensaciones supletorias.

4. *El Residuo vesical*, se registró inmediatamente después de una micción espontánea cuando ella fue posible.

Si la micción no era posible se efectuó esfuerzo abdominal o maniobra de Credé consignándose. Si a pesar de la maniobra de Credé o el esfuerzo miccional, la micción no fue completa o sólo se orinó 10 a 20 cc., se consignó como residuo el volumen igual a la capacidad vesical.

Tanto para la capacidad como para el residuo, se tomaron cifras medias de por lo menos tres determinaciones.

5. *Clínica Neurológica*: Se determinó el tipo de enfermedad neurológica que provocó la disfunción vesicouretral y los síntomas principales no urológicos de la misma (paraparesia, paraplejía, clonus, espasticidad, anestias, etc.). El tiempo de evolución se determinó en cada caso.

6. *Función genital*. Se determinó en cada caso la presencia o no de erección y eyaculación (posible o no, coordinada o disociada). La erección sin deseo sexual fue consignada.

7. *Radiología*. Fueron efectuados urogramas de excreción, uretrocistografía retrógrada y miccional empleando pantalla reforzadora y video.

El reflujo vesicoureteral fue explorado especialmente con llenos vesicales lentamente progresivos y control de video en diversas posiciones y esfuerzos.

Se determinó y excluyó otros procesos estenosantes de la uretra, como estrecheces o compresiones que no fueran referidos al esfínter uretral (uretra membranosa).

8. *Panendoscopia*: Se descartó la presencia de cálculos intravesicales y confirmó la ausencia de enfermedad obstructiva cervical.

9. *Electromiografía*. Se efectuó selectivamente en el esfínter estriado de la uretra con control auditivo y tacto rectal.

## Resultados

Se seleccionaron 17 pacientes varones con edades que oscilan entre los 17 y 70 años (fig. 3). Según la presencia o no de reflectividad vesical y presencia o no de deseo miccional se agruparon en cuatro sectores:

### Grupo I

Con reflectividad vesical conservada y deseo miccional conservado. Comprende:

—Esclerosis múltiple: 2 casos, con 4 y 8 años de evolución respectivamente.

- Lesión incompleta de médula cervical: 2 casos con 1 1/2 y 3 años de evolución respectivamente.
- Lesión incompleta de médula dorsal: 1 caso con tres años de evolución.
- Lesión incompleta de médula lumbar: 1 caso con dos años de evolución.
- Lesión incompleta de médula lumbosacra: 1 caso con dos años de evolución.

Total 7 casos (casos del 1 al 7)

### *Grupo II*

Con reflectividad vesical conservada pero sin deseo miccional.

Comprende:

- Esclerosis en placas: 1 caso, con 10 años de evolución.
- Lesión incompleta de médula cervical, dos casos, con 2 y 3 años de evolución.
- Lesión incompleta de médula dorsal: 1 caso, con 1 1/2 año de evolución.
- Lesión incompleta de médula lumbosacra: 1 caso con 4 años de evolución.

Total 5 casos (casos del 8 al 12)

### *Grupo III*

Con reflectividad vesical muy disminuída o abolida y deseo miccional conservado.

Comprende:

- Traumatismo de cola de caballo: Un caso con 10 años de evolución.
- Aneurisma arteriovenoso de cono y epicono: 1 caso con 2 años de evolución conocida.
- Resección abdominoperineal de Recto (Op. de Miles): 1 caso, con tres años de evolución.

Total 3 casos ((casos 13-14 y 15)

### *Grupo IV*

Con reflectividad vesical muy disminuída o abolida y deseo miccional ausente.

Comprende:

- Resección abdominoperineal de recto (Op. de Miles). Un caso con 5 años de evolución.
- Meningioma de cola de caballo: un caso con 4 años de evolución conocida.

Total 2 casos (casos 16 y 17)

Sólo dos pacientes del grupo de 17 eran capaces de efectuar una micción espontánea. Los restantes 15 debían utilizar sonda a permanencia

Solamente dos de los 12 pacientes del grupo I y II no tenían erecciones. De los diez pacientes con erecciones sólo tres tenían eyaculación coordinada. La falta de eyaculación se interpretó en la mayoría de ellos por un insuficiente cierre de la musculatura cervical (cervicectomizados)

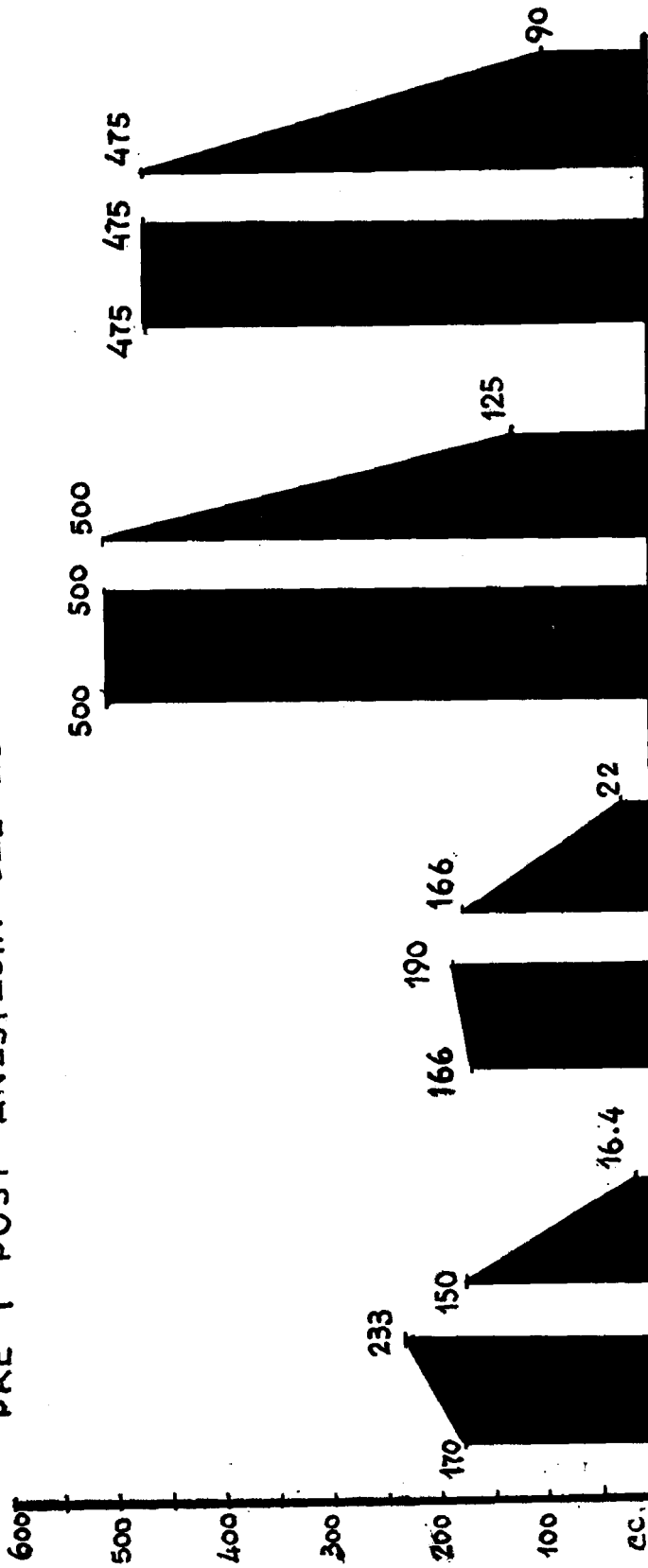
Los pacientes correspondientes a los grupos III y IV no tenían erección ni eyaculación.



I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	XXI
Nº	REFLECTIVIDAD	NN	DIAGNOSTICO	ANEST.	NEUROLOG.	DM.	POLAQ.	DISUR.	SONDA P.	RESIDUO	CAP. VES.	URECT.	REFLUJO	OP. PREVIAS	INCONT.	SEXO	RESULT.	FRECUEN.	TOTAL	T. DESERV.
1		PM ♂ <sup>17</sup>	ESCL. MÚLTIPLE	A	PARAPL. ESP. ++	SI	C/1/2h	+++	NO	150 cc.	250 cc.	NO	SI	ELECTRODEC. D.C. CUELLO	IMPERIOS.+++	EY. SI. S	++	15 días	20	8 meses
2		AR ♂ <sup>2</sup>	LESION PARCIAL DT - D B	D	PARAPL. ESP. ++	DISM	C/2 h.	Ret. Comp.	SI	Ret. Comp.	200 cc.	NO	NO	LITOTRICIAS	REBOSAM.	EY. SI. S	+++	5 días	4	8 meses
3		NR ♂ <sup>20</sup>	LESION PARCIAL C 5 - C 7	D	PARAPL. ESP. ++	SI	C/5 m.	+++	NO	15 cc.	250 cc.	NO	NO	LITOTRICIAS	REBOSAM.	EY. NO. NO	+++	8 días	12	3 meses
4		HG ♂ <sup>20</sup>	LESION PARCIAL C 4 - C 7	D	PARAPL. ESP. +++	SI	C/2 h.	+	NO	0	200 cc.	NO	SI	CERVICOTOMIA	REBOSAM.	EY. SI. SI	+++	20 días	5	5 meses
5		WB ♂ <sup>17</sup>	LESION PARCIAL L 5 - S 2	A	PARAPL. FLCC. +	SI	C/1/2h	+	NO	100 cc.	200 cc.	NO	SI	CERVICOTOMIA	IMPERIOS.+++	EY. NO. NO	+++	20-30 d.	5	3 meses
6		LC ♂ <sup>22</sup>	LESION PARCIAL L 1	D	MONOPARESIA +	SI	C/2 h.	Ret. Comp.	SI	Ret. Comp.	200 cc.	NO	NO	LITOTRICIAS	IMPERIOS. +	EY. SI. SI	+	8 días	15	3 meses
7	CONSERVADA	RO ♂ <sup>21</sup>	ESCL. MÚLTIPLE	D	PARAPL. ESP. ++	SI	C/2 h.	+	NO	50 cc.	250 cc.	NO	NO	CERVICOTOMIA	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	8 días	20	4 meses
8		SM ♂ <sup>22</sup>	LESION PARCIAL DB - D 11	A	PARAPL. ESP. ++	NO	C/2 h.	RET. COMP.	SI	Ret. Comp.	100 cc.	NO	NO	-	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	8-15 d.	10	2 meses
9		OB ♂ <sup>20</sup>	LESION TOTAL C 5 - C 8	D	PARAPL. ESP. +	PERVAR	-	Ret. Comp.	NO	Ret. Comp.	180 cc.	NO	NO	-	IMPERIOS.++	EY. NO. NO	+	8-15 d.	6	3 meses
10		AS ♂ <sup>21</sup>	LESION TOTAL C 4 - C 7	A	PARAPL. ESP. +++	NO	C/1 h.	+	NO	30 cc.	200 cc.	NO	NO	-	IMPERIOS. +	EY. SI. SI	+	4-15 d.	10	6 meses
11		NT ♂ <sup>20</sup>	LESION PARCIAL L 5 - S 2	D	MONOPAR. +	NO	C/2 h.	+	NO	50 cc.	150 cc.	NO	NO	LITOTRICIAS	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	4-8 d.	10	5 meses
12		AM ♂ <sup>20</sup>	ESCL. MÚLTIPLE	A	PARAPL. ESP. ++	NO	C/1 h.	+	NO	10 cc.	200 cc.	NO	NO	CERVICOTOMIA Y LITOTRICIAS	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	4-8 d.	8	4 meses
13		OD ♂ <sup>18</sup>	LESION TOTAL COLA DE CABALLO	A	ANEST. PERINEO	SI	-	Ret. Comp.	SI	Ret. Comp.	400 cc.	SI	SI	CERVICORES.	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	8 días	13	1 meses
14	DISMINUIDA	SA ♂ <sup>20</sup>	LESION PARCIAL CONO Y EPICOMO	D	ANEST. PERINEO	SI	C/2 h.	NO	NO	100 cc.	400 cc.	SI	SI	ADENOMECT.	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	8 días	15	2 meses
15		SD ♂ <sup>20</sup>	Op. de MILES	D	ANEST. PERINEO	SI	C/2 h.	+	NO	150 cc.	600 cc.	SI	SI	ADENOMECT.	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	4 días	8	2 meses
16	ABOLIDA	CV ♂ <sup>20</sup>	Op. de MILES	A	-	NO	C/4 h.	+++	NO	100 cc.	500 cc.	NO	NO	ADENOMECT.	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	8 días	8	2 meses
17		SA ♂ <sup>20</sup>	LESION TOTAL COLA DE CABALLO	D	ANEST. PERINEO	NO	C/4 h.	Ret. Comp.	SI	Ret. Comp.	450 cc.	NO	NO	ADENOMECT.	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	8 días	8	2 meses
				D	ANEST. PERINEO	NO	C/3 h.	+++	NO	80 cc.	500 cc.	NO	NO	LITOTRICIAS	REBOSAM.	EY. NO. NO	+	8 días	20	5 meses

Fig. 3. — Tabla de casuística y resultados.

MEDIAS DE CAPACIDAD Y RESIDUO VESICAL  
PRE Y POST ANESTESIA DEL ESFÍNTER URETRAL



GRUPO	I		II		III		IV	
	CAPACIDAD	RESIDUO	CAPACIDAD	RESIDUO	CAPACIDAD	RESIDUO	CAPACIDAD	RESIDUO
% MODIFICACIÓN	36	89	14.45	86.74	0	75	0	81
% de ÍMBALANCE	PRE.	POST.	PRE.	POST.	PRE.	POST.	PRE.	POST.
	80	7	100	12	100	25	100	10

FIGURA 4

La capacidad vesical obtuvo medias de 170 y 166 cc. para los grupos I y II y de 500 y 475 cc. para los correspondientes a los grupos III y IV.

El residuo vesical fue de 150, 166, 500 y 475 cc. para los correspondientes grupos I, II, III y IV (fig. 4).

*Resultados observados luego de la anestesia perineal del esfínter:* Se registraron preferentemente las modificaciones postanestésicas referidas a la capacidad vesical, residuo vesical, grado de disbalance vesicouretral y modificaciones no urológicas (genitales o neurológicas).

Los resultados se graduaron con los términos de malos, regulares, buenos y muy buenos (0 - + - ++ - +++) teniendo en cuenta el grado de balance logrado y el tipo de modificaciones generales agregadas.

Estas modificaciones se encuentran resumidas en la fig. 3 y fig. 4.

En el grupo I, la capacidad vesical aumentó de 170 a 233 cc. como cifras medias, ocurriendo así un 36 % de aumento. El residuo vesical en el mismo grupo disminuyó de 150 a 16.4 cc. reduciéndose en un 89 % del volumen primitivo (fig. 4).

En el mismo grupo el grado de disbalance era de 80 % reduciéndose luego de la anestesia esfinteriana al 7 %.

En el grupo II, la capacidad vesical aumentó de 166 a 190 cc. como cifras medias, ocurriendo un 14,45 % de aumento. El residuo vesical disminuyó de 166 a 22 cc. reduciéndose así en un 86,74 % del volumen primitivo.

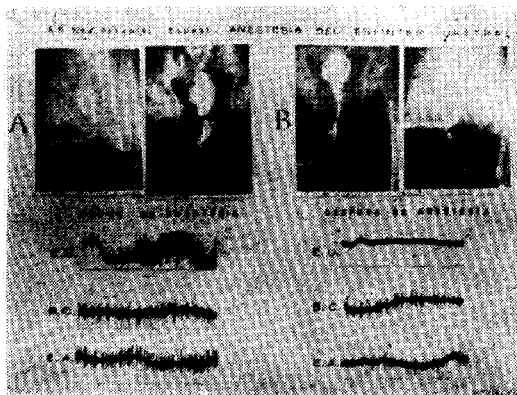


Fig. 5. — Modificaciones uretrográficas y electromiográficas luego de la anestesia perineal del esfínter de la uretra.

El grado de disbalance que era de 100 % se redujo al 12 %.

En el grupo III la capacidad vesical permaneció sin variantes en los 500 cc. El residuo vesical bajó de 500 a 125 cc. Las modificaciones del residuo fue lo único logrado en estas vejigas aquinéticas, con una reducción del 75 % del volumen primitivo.

El 100 % de desequilibrio se redujo al 25 %.

En el grupo IV la capacidad vesical tampoco se modificó pero el residuo se bajó de 475 cc. a 90 cc., lográndose una reducción del 81 % y un balance vesicouretral del 10 %.

La uroectasia observada en tres casos se redujo en uno y permaneció igual en los otros.

El reflujo vesicoureteral presente en 6 pacientes sólo desapareció en tres.

Se observó una disminución en la intensidad de las erecciones en aquellos pacientes en los que estaba presente.

No hubo modificaciones apreciables en la eyaculación.

Los resultados y el tiempo de evolución pueden observarse en la tabla de la figura 3.

El número de sesiones para cada caso fueron entre 4 y 20. Se repitieron cada 4, 8, 15, 20 y 30 días según la mejoría observada en las primeras sesiones.

El tiempo de observación es actualmente de 1 a 8 meses.

### *Resumen y conclusiones*

La espasticidad del esfínter de la uretra puede ser un real obstáculo en la dinámica vesicouretral. En las vejigas hiperactivas o liberadas existe frecuentemente una hiperactividad esfinteriana asociada y refleja. En las vejigas paráliticas o hipoquinéticas, la micción se hace a expensas de la hiperpresión lograda por la prensa abdominal o la maniobra de Credé. En ambas situaciones el esfínter de la uretra entra en actividad siempre que su conexión central esté conservada.

Tanto en las vejigas hiperactivas o paráliticas, el flujo puede estar perturbado y el residuo vesical presente.

El aumento de la presión intravesical con o sin lesión de la válvula ureterovesical será la causa de la uroectasia y/o reflujo.

La anestesia del esfínter por vía perineal hace desaparecer la respuesta electromiográfica del mismo (fig. 6), con mínimas modificaciones en otros músculos perineales (bulbocavernoso y esfínter del ano). Disminuye la intensidad de las erecciones reflejas liberadas. No tiene efecto sobre la eyaculación. Al disminuir la resistencia de salida al flujo disminuye el residuo vesical.

De técnica sencilla permite al no entrenado hacer prueba diagnóstica de disfunción esfinteriana. En todos nuestros pacientes que necesariamente debían ser portadores de sonda a permanencia y en los que se había descartado un vicio obstructivo cervical, la micción espontánea fue recuperada con un desbalance aceptable.

### DISCUSION

*Dr. Scorticati.* — Oisiera preguntarle a los comunicantes si consideran que la esfinterometría tiene utilidad para el diagnóstico de las distintas tonías del esfínter externo.

Desearía me informe qué perduración tiene el efecto anestésico como para buscar que esto sea una solución al problema del enfermo o si la solución definitiva en este caso sería la sección endoscópica del esfínter externo como alguna vez he oído que se ha propuesto.

*Dr. Amuchástegui.* — Quisiera saber si los comunicantes creen que puede tener aplicación esta anestesia en el priapismo nocturno cuando no se encuentra ninguna causa urológica evidente, tales como verumontanitis, prostatitis, etc.

*Dr. Guzmán.* — Voy a dividir la respuesta que he de dar al doctor Scorticati. Primeramente, la uretromanometría hecha en forma retrógrada siempre involucra un cuerpo extraño endouretral. Nos hemos convencido cuando hemos empezado a trabajar con el uretromanómetro que el simple movimiento de una sonda endouretral, sobre todo en los parapléjicos, puede provocar una tremenda descarga de la uretra aunque se utilice una microsonda.

Vale decir, que consideramos que la uretromanometría debe ser abandonada. Probablemente, un mejor método sea la uretrografía miccional que da una imagen gráfica de la disfunción. La uretrografía miccional debe hacerse bajo control radioscópico.

Le diré al doctor Scorticati que no utilizamos la uretromanometría.

En cuanto a la perduración de la anestesia, al iniciar este trabajo nuestra idea era buscar un método diagnóstico previo para programar la sección del esfínter y comprobar en que casos estaba indicado.

Estamos programando la sección y ya tenemos algunos casos con óptimos

resultados de sección perineal del esfínter de la uretra, no por vía endoscópica por los inconvenientes que a veces hemos tenido, de hemorragias, etc.

Comenzados a hacer anestesia perineal de la uretra y con gran sorpresa hemos podido comprobar que en algunos pacientes era suficiente pocas anestesiás —cuatro, cinco o seis— para obtener una perduración más allá de los más optimistas resultados de la anestesia.

El primer paciente que tuvimos fue un paciente que todos conocen, de la sala 13 del Hospital Rawson, con dos años de sonda permanente y donde existía un problema serio ya que cada vez que había que cambiar la sonda tenía estrechez uretral. Bastaron cuatro anestesiás para que quedara sin residuo y lleva seis meses en buen estado. Se encuentra en Mar del Plata y su esposa nos escribe para informarnos que comienza a recuperar el automatismo.

En cuanto a si la sección endoscópica es la solución definitiva, el tiempo transcurrido es muy breve todavía para sentar conclusiones sobre este particular.

Pensamos que podemos ofrecer un método sencillo, que no requiere una técnica superminuciosa, que exige una sola anestesia y que, probablemente sea el paso previo cuando se deba programar una sección del esfínter.

Al doctor Amuchástegui le diré que no tengo ninguna experiencia en el tratamiento, por este método, del priapismo nocturno o de las poluciones nocturnas.

#### B I B L I O G R A F I A

1. *Boyarsky, S.*: The Neurogenic Bladder - Williams & Wikins Ed. Baltimore, 1967.
2. *Bors, E.*: Neurogenic Bladder. Urol. Survey. 7:177, 1957.
3. *Abramzon, A. S. y col.*: Clinical Spinal Cord. Injury Conf. Oct. 23-25, 1962. Vet. Ad. Hosp. Bronx, N. Y., pág. 107.